



**Universidade de
Aveiro**
Ano 2009

Departamento de ciências da saúde

**EUNICE VERA PIRES
FRESCO DE ALMEIDA**

**PERFIS DE RISCO EM PESSOAS IDOSAS NA
COMUNIDADE**



Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Saúde
Ano 2009

**EUNICE VERA PIRES PERFIS DE RISCO EM PESSOAS IDOSAS NA
FRESCO DE ALMEIDA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Prof. Doutora

Alexandra Isabel Cardador de Queirós

Professora equiparada a Prof. Coordenador da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora

Maria Lúcia Pereira da Rocha

Professora Auxiliar do Instituto superior de Serviço Social do Porto

Prof. Doutor

José Ignacio Guinaldo Martín,

Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

palavras-chave

Rastreio, Idosos, cuidados saúde primarios, Serviços Comunitarios.

resumo

Objectivo: O presente estudo pretende analisar a validade da aplicação do protocolo de rastreio RNAR_75 em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, no sentido de criar um protocolo de rastreio para identificação de pessoas idosas vulneráveis.

Método: Procedeu-se à elaboração de um protocolo de rastreio para pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos, com base na revisão de literatura, de onde resultou o protocolo RNAR_75. Posteriormente este protocolo foi aplicado a 240 pessoas idosas distribuídas por meio de uma amostragem por quotas não aleatórias nos contextos de cuidados de saúde primários e serviço comunitário. O tempo médio de administração do protocolo foi de 20 a 25 minutos.

Resultados: Procedeu-se à análise de clusters, da qual resultou a formação de três clusters, os quais representam três grupos distintos de idosos. Os clusters representam três grupos de idosos que designamos: “Autónomos” (38%), “Moderadamente Dependentes” (32,9%) e com “Dependência Acentuada” (28,8%). Relativamente às variáveis de risco, foram encontrados valores estatisticamente significativos em todas, exceptuando polifarmacia. Relativamente análise descritiva da amostra estratificada por cluster, foram encontrados valores estatisticamente significativos em todas as categorias (género, idade, escolaridade e serviço de referencia) exceptuando a coabitação.

Conclusões: O estudo revelou, que a identificação de três grupos distintos na população idosa, contribui para melhorar o conhecimento e compreensão das problemáticas associadas às pessoas idosas, podendo fornecer dados importantes para a planificação de cuidados a esta população.

keywords

Screening, elderly, primary health care, community services.

abstract

Objective: This study aims to examine the validity of applying the protocol of screening RNAR_75 in people aged less than 75 years, to create a screening protocol for identifying vulnerable older people. **Method:** This was the elaboration of a protocol for screening for elderly people aged 75 years or above, based on literature review, which resulted in the protocol RNAR_75. Later this protocol was applied to 240 elderly distributed through a random sampling of shares not in the contexts of primary health care and community service. The average time of administration of the protocol was 20 to 25minutes.

Results: There was the analysis of clusters, which resulted in the formation of three clusters, which represent three distinct groups of elderly. The clusters represent three groups of older people called "autonomous" (38%), "Moderately Dependent" (32.9%) and "strong dependence" (28.8%). For the risk variables, values were statistically significant in all except polypharmacy. For descriptive analysis of the sample stratified by cluster, values were statistically significant in all categories (gender, age, and education and referral service) other than cohabitation.

Conclusions: The study revealed that the identification of three distinct groups in the population, contributes to improving knowledge and understanding of problems related to elderly people and can provide important data for the planning of care for this population.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE ANEXOS	V
ÍNDICE DE QUADROS.....	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
LISTA DE SIGLAS	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL AOS PROGRAMAS DE RASTREIO.....	3
1 - Rastreio.....	3
2 - Rastreio em Idosos.....	6
3 - Protocolos de Rastreio em Pessoas Idosas.....	7
CAPÍTULO II – TRABALHO EMPÍRICO.....	14
4 - Objectivos	14
5 - Metodologia.....	14
5.1 - Amostra.....	14
5.2 - Instrumento.....	16
5.3 - Procedimentos.....	17
6 - Resultados.....	18
6.1 - Análise Descritiva dos Factores de Risco.....	18
6.2 - Caracterização dos Clusters.....	19
CAPÍTULO III – CONCLUSÕES.....	22
7 - Validade da Natureza dos Clusters.....	22
8 - Dinâmica subjacente à Composição dos Clusters.....	23
9 - Implicações dos resultados.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Rastreio RNAR_75.....	30
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Revisão Biográfica.....	10
------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos participantes	15
Tabela 2 – Caracterização dos factores de risco	18
Tabela 3 – Análise das variáveis de risco, estratificadas por cluster	19
Tabela 4 – Análise descritiva da amostra, estratificada por cluster	20

LISTA DE SIGLAS

RNAR_75 - Protocolo de Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual -superior a 75 anos

AVD – Actividade de Vida Diária

AIVD – Actividade Instrumental de Vida Diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

SC – Serviços Comunitários

GRACE – Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders

CGA – Comprehensive geriatric Assessment

VES – Vulnerable Elders Survey

QBRA – Questionário Breve de Rastreio de Abuso

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos com maior expressão nas sociedades ocidentais actuais. Não se trata de uma nova doença, mas de uma simples constatação quantitativa: o número de pessoas idosas estar continuamente a aumentar em números absolutos e relativos (Nazareth, 1997). A sociedade actual, caracteriza-se assim, pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade (INE, 2002).

Os Cuidados de Saúde Primários são os serviços de primeiro contacto com o cidadão, sendo por isso, considerados a base do sistema nacional de saúde e parte integrante do sistema de desenvolvimento económico e social, devendo estar universalmente acessíveis a todos os indivíduos, famílias e comunidade. Estão vocacionados para responder aos principais problemas de saúde de uma comunidade e englobam acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos e de reabilitação (Biscaia, 2005). Aos cuidados de Saúde Primários cabe implementar e melhorar estratégias de intervenção comunitária que conduzam a respostas adaptadas às actuais necessidades desta população (Direcção Geral de Saúde, 2006). Se nos reportarmos às linhas orientadoras para as políticas de saúde, podemos constatar que “não se faz, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos” (Direcção Geral de Saúde, 2004). Como se reconhece no Plano Nacional de Saúde, é necessário adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos. Foi, por isso, implementado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que prevê um investimento na atenção especial às situações de maior vulnerabilidade, bem como uma identificação dos critérios de fragilidade da população idosa, baseia-se em três vertentes fundamentais: promoção do envelhecimento activo, adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos e a promoção e desenvolvimento de intervenções intersectoriais (Direcção Geral de Saúde, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define rastreio como um processo de identificação de indivíduos que apresentam um risco suficientemente elevado de uma doença que justifique maior investigação ou uma acção directa. Ainda, segundo o National Screening Committee do Reino Unido (1998), devem ser observados e preenchidos alguns critérios num programa de rastreio tais como: a doença ou problema de saúde a rastrear deve ser um problema importante de Saúde Pública; ter a sua história natural bem compreendida; ser passível de diagnóstico no período pré-sintomático ou sintomático inicial.

Existem actualmente vários procedimentos baseados no conceito de rastreio, conduzindo por vezes, a que se confundam conceitos como diagnóstico, rastreio, detecção precoce, rastreio massivo, rastreio de rotina, rastreio individualizado e de identificação de casos problema, são várias vezes utilizados como semelhantes (Nielsen & Lang, 2005).

A prática de rastreios é usual em Cuidados de Saúde Primários ou em contextos mais específicos como medicina do trabalho ou saúde escolar. Estudos sobre cuidados de saúde preventivos mostram que os prestadores de cuidados de saúde primários podem desempenhar um papel

importante na redução das mortes precoces através da realização periódica de rastreios preventivos de saúde e aconselhamento (Hopkins *et al.*, 2005).

O recente interesse pela geriatria e gerontologia relativamente à temática do rastreio, decorre dos trabalhos quase experimentais desenvolvidos por Anderson e Cowan (1952). Desde então, a maioria dos estudos apontam para uma larga prevalência de problemas de saúde, sociais e psicológicos na população idosa (Freer, 1985). Relativamente a outros estudos de aplicação de rastreios em idosos, verifica-se o rápido crescimento deste segmento da população, havendo a necessidade de fazer uma avaliação abrangente, de forma oportuna e eficiente, de modo a proceder ao seu encaminhamento para os serviços na comunidade, mais adequados à sua situação (Palmer, 2005). Um estudo realizado na Áustria com uma adaptação do Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) confirma a detecção de uma elevada prevalência de problemas geriátricos, solicitando um elevado número de intervenções diagnósticas e terapêuticas (Mann *et al.*, 2004). Com o presente estudo, pretende-se dar um contributo para a discussão e evolução do conhecimento no que diz respeito ao rastreio multidimensional de pessoas idosas.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, denominada enquadramento conceptual aos programas de rastreio é abordada a temática do rastreio, rastreio em pessoas idosas, bem como, a análise de protocolos de rastreio em pessoas idosas. A segunda parte, denominada trabalho empírico, aborda a metodologia utilizada no estudo, a apresentação e análise dos resultados do mesmo.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL AOS PROGRAMAS DE RASTREIO

1– Rastreio

O rastreio pode ser considerado como um processo de identificação de indivíduos que potencialmente poderão apresentar risco mais elevado de desenvolver uma determinada patologia, de tal modo que justifique uma maior investigação ou intervenção (OMS).

Segundo o *National Screening Committee*, antes de se iniciar um rastreio devem estar reunidas as seguintes características: a doença a ser rastreada, o teste a ser utilizado, o tratamento para a doença rastreada e o programa de rastreio.

A doença ou problema de saúde a ser rastreado deve ser relevante do ponto de vista de saúde pública, com possibilidade de diagnóstico num período pré-sintomático ou sintomático inicial, devendo o seu período evolutivo ser bem conhecido.

O teste a utilizar deve ser simples, seguro, fiável, aceite pela população a ser rastreada e separar claramente os valores que indicam risco/ não risco (pontos de corte). Para os casos identificados como positivos, deve estar prevista, confirmação do diagnóstico e intervenção/tratamento. O teste só é aceitável, se proporcionar mais benefícios do que malefícios, à população rastreada. O tratamento proporcionado deve ser efectivo e deve estar associado a um melhor prognóstico, se iniciado em período assintomático ou inicial da doença.

O programa de rastreio deve ser clínica, social e eticamente aceite, a acessibilidade equitativa e controlo da qualidade garantidos. Assegurar a sua viabilidade económica em relação a outras intervenções ou investimentos em saúde (U.K. National Screening Committee, 1998).

O rastreio pode ser definido como o exame em pessoas assintomáticas a fim de se conhecer a probabilidade, de terem ou não, a doença que é motivo do estudo. O rastreio pode ainda referir-se à identificação das pessoas que apresentam alto risco de desenvolverem a doença, embora ainda não a manifestem. O rastreio de casos é um estudo apropriado quando uma parcela significativa, embora pequena, da população é afectada (Rush, 1997).

Raffle & Gray (2007) alertam para a ambiguidade que pode existir quanto ao significado de rastreio, este pode significar um teste disponibilizado a uma pessoa casualmente, ou um teste sistemático disponibilizado a um determinado grupo alvo ou a toda uma população. Pode ser um conjunto de actividades, vagamente ligadas, que compreendem testes de rastreio e intervenções dentro de um programa de rastreio, ou um rigoroso processo com garantia de qualidade baseado em provas que englobam um programa que utiliza as medidas necessárias conducentes à redução de risco (Raffle & Gray, 2007).

Resumindo, podemos dizer que rastreio:

- Disponibiliza testes a pessoas sem sinais ou sintomas da patologia rastreada;
- A finalidade implícita é a redução do risco ou a informação para a intervenção;
- Constitui-se como um sistema ou programa de acções com objectivo da redução do risco.

A análise efectuada por Raffle & Gray (2007) centra-se em programas de rastreio, com objectivo de redução de risco para o rastreio individual, com base em provas sólidas e seguindo normas e políticas pré-estabelecidas, defendem que os programas de rastreio podem trazer benefícios para o rastreio individual, quer pela redução do risco de doença para o qual foram programados, quer

pela informação que podem transmitir que é importante para o indivíduo apesar da condição de risco não poder ser alterada.

Um sistema ou programa de rastreio é constituído por todas as actividades, desde a identificação da população alvo, a informação que deverá ser disponibilizada através do rastreio, bem como, o tratamento e acompanhamento das pessoas com teste positivo e apoio para aqueles que apesar de terem sido rastreados desenvolveram a doença.

O sistema de rastreio pode ser visto como um mapa que indica tudo o que é necessário para garantir um rastreio de qualidade. As actividades principais do programa a nível local são: coordenação e gestão do programa, elaboração de resultados estatísticos e de acompanhamento, Identificação e convite da população alvo, interpretação da investigação diagnóstica, configuração da política operacional, Realização das intervenções, registo de resultados, seguimento de casos e monitorização de falhas do sistema, prestação de informação, aconselhamento e apoio aos participantes, realização e leitura de testes.

A nível regional ou nacional devem ser garantidas as seguintes actividades de apoio: Aquisição de equipamento, fixação de objectivos, metas e políticas, desenvolvimento e manutenção de sistemas de gestão da informação, assegurar a qualidade em todos os aspectos; organização da informação, comunicações estratégicas e publicidade; planeamento das acções, apreciação das provas, avaliação das tecnologias de saúde relacionando-as com a investigação e formação de pessoal.

Os passos básicos para um programa de rastreio de doenças e redução do risco são os seguintes: definição da população alvo, fase de rastreio (processo de peneira/crivo), fase de diagnóstico (confirmação do teste com resultado positivo), intervenção (nos casos confirmados como positivos).

É importante salientar que a aplicação do teste inicial, não é em si mesmo uma resposta definitiva, separa através dos resultados (positivo/negativo) dois grandes grupos. Ao grupo com resultados positivos, têm de ser garantidos testes de diagnóstico que confirmem os resultados e a necessidade de intervenção. Aqueles cujo teste resultou negativo, situam-se na margem de “tranquilidade”, no entanto é inevitável a existência de categorias com margem de incerteza.

No sentido de minimizar os danos e efectuar um rastreio de qualidade devemos assegurar os seguintes aspectos: definição clara dos objectivos globais do programa, espírito de equipa forte, garantia de execução consistente e equitativa, regendo-se por políticas e normas de qualidade e ainda canais de comunicação locais e regionais ou nacionais assegurados; formalização de acordos de gestão do programa, sistema explícito de gestão da qualidade; investigação como suporte à elaboração e desenvolvimento de um programa de rastreio.

Existem contudo, medidas específicas que avaliam essencialmente os benefícios ou danos que o rastreio pode trazer. Um teste de rastreio com alta sensibilidade e alta especificidade é aquele que prediz com precisão os resultados dos testes de diagnóstico. As medidas clássicas de desempenho são: teste de sensibilidade, teste de especificidade, valor preditivo positivo e características das curvas.

As medidas de capacidade de um teste para identificar correctamente casos, são: sensibilidade, sendo esta, a capacidade de um teste para identificar como casos, os que apresentam teste positivo; uma alta sensibilidade significa um teste que apresenta uma alta taxa de detecção e a

especificidade é a capacidade de um teste para identificar correctamente como não casos, os que apresentam teste negativo; uma especificidade alta significa uma baixa taxa de falsos positivos.

Estas medidas avaliam essencialmente os benefícios ou malefícios que o rastreio pode trazer. Um teste de rastreio com alta sensibilidade e alta especificidade é aquele que prediz com precisão os resultados dos testes de diagnóstico

É contudo necessário avaliar o desempenho do sistema utilizando também os conceitos de sensibilidade – depende da sensibilidade de cada etapa, o impacto é maior na redução da doença na população se forem detectados o maior número de casos. Para maximizar os benefícios devemos ter: alta absorção; alta sensibilidade; altas taxas de aceitação da intervenção.

Para minimizar os efeitos nocivos devemos ter: especificidade alta; compreensão por parte dos indivíduos daquilo que é oferecido ao participarem no programa (limitações, efeitos secundários e expectativas realistas).

Temos que ter em atenção que nenhum teste é perfeito, por isso é necessário um processo de controlo que deverá conter os seguintes passos:

- Identificar um subgrupo da população total, aqueles que poderão ter maiores benefícios com a participação no rastreio – População elegível (alvo),
- Convocar os participantes (individualmente ou não), pré selecção;
- Os que aceitam participar (termo de aceitação informada), são rastreados;
- Grupo que apresenta teste positivo, confirmação do grau de anormalidade do seu teste através de diagnóstico mais pormenorizado;
- Se é confirmada a doença é disponibilizada intervenção;
- É importante disponibilizar intervenções eficazes, não invasivas e de baixo risco;
- Grupo que apresenta teste negativo, significa a não confirmação de doença;
- O processo de investigação e análise revela novas categorias de fronteira da doença, podendo colocar um considerável número de indivíduos saudáveis em estado de incerteza e ansiedade.

A utilização do rastreio como forma de conhecer a população onde se pretende intervir pode trazer algumas vantagens, tais como: rapidez e economia; melhoria no estado de saúde da população; detecção precoce de uma determinada doença permitindo um tratamento mais efectivo da mesma; identificação dos indivíduos em risco, permitindo medidas preventivas; controlo das doenças a nível populacional.

No entanto, a utilização do rastreio também pode trazer desvantagens dado que nenhum teste é absolutamente fiável contendo uma margem de erro, sendo as principais desvantagens: resultados dos falsos positivos e falsos negativos, os testes podem ser invasivos e potencialmente perigosos, falsos positivos podem levar a tratamentos desnecessários, stress psicológico resultante de resultados desfavoráveis, no caso de não existir garantia da qualidade o rastreio pode trazer mais desvantagens do que benefícios; danos directos na saúde da população envolvida; desvio de recursos. A utilização do rastreio tem por isso algumas limitações das quais se destacam as seguintes: pode reduzir o risco de desenvolver uma doença ou as suas complicações mas não oferece garantia de mais tarde não a vir a desenvolver, em qualquer programa de rastreio existe mínimo irredutível de falsos positivos e falsos negativos. A decisão de efectuar ou não um rastreio, deve ser consciente de todos os prós e contras, sendo o factor principal na tomada de decisão, o benefício que o mesmo poderá trazer para a população avaliada.

2 – Rastreio em Pessoas Idosas

A promoção da saúde e autonomia dos idosos através de estratégias preventivas está na ordem do dia em termos de saúde pública sendo também um objectivo político em muitos países. Segundo um estudo realizado por Hopkins (2004), os prestadores de cuidados de saúde primários podem desempenhar um papel importante na redução das mortes precoces através da utilização periódica de testes de rastreio e de aconselhamento. O rastreio e aconselhamento foram considerados como componentes essenciais da prevenção em saúde.

Em Cuidados de Saúde Primários o rastreio é utilizado numa perspectiva de actuação preventiva e essencialmente na prevenção secundária e terciária com o objectivo de obter ganhos em saúde e qualidade de vida. Com um programa de rastreio pretende-se uma abordagem abrangente da população em risco ou portadora da doença, promovendo o seu diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

A importância da prevenção em cuidados de saúde primários é confirmada ainda num estudo desenvolvido por Denberg (2007), onde é testado um modelo alternativo de prevenção em saúde. Os resultados permitem confirmar o interesse dos doentes em novos modelos de prevenção em saúde, mesmo que estes não sejam aplicados por médicos ou enfermeiros e ainda que sejam efectuados fora das consultas médicas. Este modelo prevê a utilização de meios electrónicos pelos profissionais e pelos clientes, apresenta potencialidades de melhoria das taxas de cobertura relativamente à prevenção, podendo utilizar registos médicos electrónicos e reclamações para identificar doentes que necessitem de prevenção em saúde. Permite entrar em contacto com os doentes seleccionados para sessões de educação/aconselhamento, disponibiliza uma vasta gama de serviços clínicos, os prestadores de cuidados de saúde primários asseguram os procedimentos para a avaliação dos resultados dos testes, bem como um acompanhamento mais cuidado.

Estes estudos confirmam a relevância da intervenção através dos cuidados de saúde primários na prevenção podendo o rastreio ser um método eficaz de selecção da população que necessita de intervenções mais especializadas.

O rastreio tem sido utilizado em vários estudos da população idosa em Cuidados de saúde primários e na comunidade. O estudo realizado por Damush (2004), tem como objectivo melhorar a precisão na previsão do risco de hospitalização, bem como identificar entre os mais idosos, aqueles que poderiam ser alvo de intervenções preventivas de modo a reduzir a hospitalização não programada. Foi desenvolvido um modelo multivariado utilizando a regressão logística para prever os resultados. Os participantes foram seleccionados a partir de um centro de Cuidados de Saúde Primários. Como análise secundária, foram avaliadas as características dos pacientes no início do estudo envolvendo cinco domínios da saúde, incluindo a utilização e satisfação. Os resultados mostram que pacientes autónomos que sofrem das seguintes patologias: insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus, anemia, polimedicados, baixo índice de massa corporal e maior número de consultas em serviços de urgência no ano anterior, apresentam um maior risco de hospitalização não programada. O modelo apresentou moderada precisão do risco de hospitalização.

A prevalência de condições de saúde geriátricas não diagnosticadas foi abordada num estudo de Heath (2005), foi utilizado o método de corte retrospectivo, esta avaliação de saúde provou-se

eficaz para identificar a grande prevalência de condições de saúde não identificadas em idosos que sofreram várias manifestações de maus tratos no idoso.

3 – Análise de Protocolos de Rastreio em Pessoas Idosas

O estudo desenvolvido por Fletcher (2002), utilizando o instrumento MRC de avaliação multidimensional de idosos, é um dos estudos internacionais mais abrangentes, tendo como objectivo analisar os benefícios da avaliação multidimensional regular de idosos na comunidade. Trata-se de uma análise factorial aleatória por cluster, tendo por base a clínica geral. Este protocolo compara as diferentes estratégias de avaliação geriátrica multidimensional. É aplicável a todos os contextos de saúde por uma vasta gama de profissionais, não adoptando um modelo clínico ou puramente funcional do envelhecimento. É utilizado o questionário breve de avaliação que aborda todas as áreas específicas da clínica geral: ambiente social, actividades de vida diária, problemas sensoriais, de mobilidade, sintomas físicos, continência, estado mental, uso de medicação.

Mann (2004), desenvolveu um outro estudo com o objectivo de adaptar e realizar um teste piloto de um instrumento de avaliação geriátrica compreensiva (CGA), para medir a prevalência específica de problemas médico-sociais na população idosa e analisar a sua aplicação nos cuidados de saúde primários. Trata-se de um estudo transversal, o instrumento de rastreio foi composto através de uma lista baseada na revisão de literatura que se focou nos problemas médico-sociais mais comuns. Para cada categoria existe um ponto de corte e uma proposta de solução do problema. Este estudo revela que uma versão adaptada do CGA detecta uma elevada prevalência de problemas geriátricos conduzindo a um elevado número de intervenções, diagnósticos e terapêuticas, principalmente no domínio da prevenção funcional grave.

A avaliação multidimensional de idosos é abordada por Counsell (2006), através do modelo GRACE. Este modelo dirige-se a idosos de baixos rendimentos e é utilizado em cuidados de saúde primários e visa melhorar a qualidade de cuidados geriátricos de modo a otimizar a saúde, estado funcional, diminuir a utilização dos serviços de saúde e evitar a longo prazo a colocação em lar. O protocolo GRACE avalia os seguintes aspectos: planeamento antecipado de cuidados, manutenção da saúde, gestão medicação, dificuldade em caminhar / quedas, dor crónica, incontinência urinária, depressão, desnutrição / perda de peso, deficiência visual, perda auditiva, demência, e cansaço do cuidador.

O rápido envelhecimento da população tem uma elevada prevalência de doença crónica e deficiência, levando a um aumento dos encargos económicos e sociais, pretende-se reforçar os cuidados de saúde primários com a promoção e prevenção coordenada de cuidados. O estudo desenvolvido por Williams (2007), tem por objectivo identificar as necessidades não satisfeitas na comunidade onde habitam os idosos, através da avaliação anual elaborada por uma equipe constituída por um médico de clínica geral e um enfermeiro. Para recolha dos dados, foram utilizados uma combinação de exames físicos, escalas de autoavaliação e classificação. As avaliações de saúde foram eficazes na identificação de problemas psicossociais e físicos nos mais idosos, a sua importância é sublinhada por uma intrínseca associação de vários aspectos e a percepção geral de saúde. Esta avaliação de saúde estruturada serve para duas funções, por um

lado identificar problema clínicos que podem ser ignorados utilizando métodos tradicionais e por outro, avaliar transtornos preveníveis e seus potenciais efeitos adversos.

O estudo desenvolvido por McGee (2008), tem como objectivo a avaliação do instrumento desenvolvido pela *Vulnerable Elders Survey* (VES) para análise de risco em pessoas idosas na comunidade. Foi avaliado se os idosos classificados como vulneráveis, de acordo com o VES, tinham propensão para uma maior utilização dos serviços de saúde. A investigação indica que o VES poderá ser útil para identificar na comunidade as pessoas idosas que necessitam de uma avaliação mais pormenorizada, de uma intervenção rápida e ainda de programas preventivos no sentido de retardar o declínio funcional, pode assim ser utilizado como uma ferramenta de despiste para determinar a necessidade de avaliação mais detalhada, física, funcional e psicológica. Os idosos vulneráveis que participaram neste estudo tinham significativamente maior utilização dos serviços de saúde, a utilização do VES como rotina da prática clínica contribuiria para identificar potenciais doentes que beneficiariam com uma abordagem preventiva mais intensiva.

Quadro I – Revisão bibliográfica

Artigo/Autor	Objectivos	Método/Instrumentos utilizados	Resultados	Conclusão
The Prevalence of Undiagnosed Geriatric Health Conditions Among Adult Protective Service Clients (Heath et al.2005) The Gerontologist	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar a prevalência de condições de saúde remediáveis; - Avaliação geriátrica em casa a idosos que sofreram mau trato, referenciados pelo (APS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo de corte retrospectivo em 211 clientes (APS) (74% mulheres, idade M=77) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demência foi o diagnóstico mais frequente (prevalência. 62%), - Foi positivamente correlacionado com ocorrência de exploração financeira (R=199;P=01) - E negligência do cuidador (R=174;P=03) entre mulheres clientes APS 	<p>Este novo esforço para vincular trabalhadores APS e clínicos geriátricos que conduziu à avaliação de saúde em casa, prova-se eficaz para identificar a grande prevalência de condições de saúde remediáveis entre clientes APS sofrendo várias manifestações de MT no idoso</p>
Risk Factors for Nonelective Hospitalization in Frail and Older Adult, Inner-City Outpatients (Damush et al. 2004) The Gerontologist	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a precisão da previsão do risco de hospitalização; - Identificar entre os residentes mais idosos no interior da cidade os que poderiam ser alvo de intervenções de prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes escolhidos aleatoriamente entre os que utilizam os CSP; - Incluiu 1041 pacientes ≥ 75 ou ≥ 50 com doença severa; - Análise secundária avaliou características dos doentes envolvendo 5 domínios de saúde, incluindo utilização e satisfação. - Seguimento 12 m, modelo multivariado usando regressão logística para prever o resultado 	<ul style="list-style-type: none"> - Características em doentes independentes prevêm um risco acrescido para hospitalização não electiva: falha congestiva do coração (enfarte miocárdio), diabetes mellitus, anemia, maior nº de medicamentos prescritos, menor índice de massa corporal, maior nº de visitas a serviços de emergência no ano anterior. Melhor funcionalidade física reduz o risco de hospitalização. - 95% dos pacientes concluíram o estudo (n=354), 93% referem que nem sempre é necessário o envolvimento do provedor CP nos cuidados preventivos. - Mais de 70% estavam abertos a um método não centrado no PCP para receber cuidados preventivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foi observada moderada precisão do modelo de previsão (0.73), - Em pacientes com doenças crónicas ajudando-os a manter a funcionalidade física pode ajudar a reduzir o risco de internamento não electivo
Patient acceptance of a novel preventive care delivery system (Denberg et al. 2007) Preventive Medicine	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar a aceitação pelos doentes de um modelo de cuidados preventivos aplicado por técnicos não médicos fora da visita clínica 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário preenchido pelos pacientes na sala de espera de uma clínica médica. - Tópicos incluem papel dos prestadores de cuidados primários em coordenação com cuidados de saúde, interesse em serem contactados entre visitas, vontade em comunicar com esses peritos por telefone, correio electrónico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes estavam abertos a um modelo não tradicional de prestação de cuidados preventivos. Este modelo poderia aperfeiçoar os serviços preventivos. - Abertura generalizada para uma prestação de cuidados de saúde preventiva, modelo que ajuda a controlar as limitações de tempo nos encontros face a face (doente /PCP). - Requer atenção às populações vulneráveis 	

Quadro I – Revisão bibliográfica

Artigo/Autor	Objectivos	Método/Instrumentos utilizados	Resultados	Conclusão
Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): A New Model of Primary Care for Low-Income Seniors (Counsell et al. 2006) JAGS	<ul style="list-style-type: none"> - Optimizar o estado de saúde funcional; - Diminuir a utilização excessiva de Cuidados de Saúde; - Prevenir e alongo prazo evitar a colocação em lar; - Melhorar a prestação de cuidados a idosos através da avaliação multidimensional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de atendimento em cuidados de saúde primários; - Estudo através de ensaio clínico aleatório controlado; - Aplicação dos protocolos GRACE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os idosos avaliados por este modelo apresentaram maior independência funcional, menor recurso a serviços de emergência e menos internamentos, menos dias de cuidados de enfermagem ao domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> - O estudo demonstra a viabilidade do modelo GRACE nos Cuidados de Saúde primários em idosos com baixos rendimentos; - Os idosos e os médicos de clínica geral foram altamente receptivos a este novo modelo de atendimento.
Identifying unmet needs in older patients (Williams et al. 2007) Australian Family Physicians	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades não satisfeitas na comunidade onde habitam os idosos. - Avaliação anual feita por uma equipe constituída por um médico de clínica geral e um enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foram convidados a participar idosos de idade \geq a 75 anos; - Os dados foram recolhidos por uma enfermeira de reabilitação e equipes psicossociais variáveis; - Foi utilizada uma combinação de exames físicos, escalas de auto-avaliação e classificação. 	<ul style="list-style-type: none"> - 50% das mulheres e 25% dos homens viviam sozinhos - Mais de 90% dos participantes referiam 1 ou mais problemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - As avaliações de saúde foram eficazes na identificação de problemas psicossociais e físicos - O programa promove e reforça nos cuidados de saúde primários os cuidados preventivos e a coordenação de cuidados a idosos de idade \geq a 75 anos
Vulnerable Older People in the Community: Relationship Between the Vulnerable Elders Survey and Health Service Use (McGee et al. 2008) JAGS	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do instrumento de análise de risco em pessoa idosa na comunidade (VES) - Avaliação do perfil dos mais idosos - Avaliar se os classificados como mais vulneráveis pelo VES recorrem com mais frequência aos serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - entrevista a idosos na comunidade, seleccionados aleatoriamente - Amostra transversal representativa a nível nacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes categorizados como vulneráveis na comunidade recorreram com maior frequência aos Cuidados de saúde primários 	<ul style="list-style-type: none"> - Potencialidade do VES para identificar entre as pessoas idosas as mais vulneráveis, a partir de um sistema de saúde diferente

Quadro I – Revisão bibliográfica

Artigo/Autor	Objectivos	Método/Instrumentos utilizados	Resultados	Conclusão
Context of care or provider training: the impact on preventive screening practices (Hopkins et al. 2004) Preventive Medicine	- Comparar a adesão às linhas orientadoras para prevenção em vários centros prestadores de cuidados de saúde	- Análise retrospectiva do gráfico de novos doentes (n=1339) em 3 centros de cuidados primários. - Foram comparados rastreio e aconselhamento nos centros NP's e MD's.	- Quando população /pacientes, recursos e políticas administrativas são similares nos centros, NP eram melhores na prevenção primária e MD estavam mais receptivos a entrega de documentos de rastreio de prevenção secundária; - NP melhor triagem avaliação e aconselhamento e mais congruentes com orientações praticas dos centros de cuidados de Saúde primários	Em contexto de população doente e requisitos de produtividade, NP e MD diferiam no uso de medidas preventivas. Quando não existem constrangimentos por exigências de produtividade e a população tem mais recursos e maiores expectativas, NP tem um melhor desempenho do que os seus homólogos centros de cuidados primários de saúde, em particular na prevenção primária, avaliação e aconselhamento.
Comprehensive geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria (Mann et al. 2004) BMC Geriatrics	- Adaptar e realizar um teste piloto de um instrumento de avaliação geriátrica; - CGA para medir a prevalência específica de problemas médico-sociais na população idosa - E analisar a sua aplicação nos cuidados de saúde primários	- Estudo transversal (n=124) - Amostra seleccionada de todas as especialidades de atendimento (Dez. 2001 a Abr. 2002) - Idade ≥75, capacidade de serem atendidos na US - Factores de exclusão: doenças terminais ou diagnóstico de demência severa - Instrumento de screening composto de uma lista baseada na revisão de literatura - para cada categoria, um ponto de corte	- N final =115 - Idade média 77.9, sexo 73.9 mulheres - Todas as variáveis alta prevalência (risco de osteoporose, incontinência urinária, redução acuidade auditiva, vacinação e risco de queda +prevalentes).	- Versão adaptada do CGA detecta elevada prevalência de problemas geriátricos; - Principal/ prevenção funcional grave - Mostra boa aceitação ; - CGA como complemento clínico.
The MRC trial of assessment and management of older people in the community: objectives, design and interventions (Fletcher et al.2002) BMC Health Services Research	- Benefícios da avaliação multidimensional regular de idosos – controversa	- Análise cluster-aleatorio factorial em cuidados saúde primários, grupo universal /grupo direccionado - Pessoas idosas ≥ 75, excluindo integradas em lar e doentes terminais	- Mortalidade, internamentos hospitalares/institucionais e qualidade de vida - Permite direccionar a avaliação (como e quem) - Níveis de beneficio na utilização do teste, se demonstrados, reduções de mortalidade internamento Hospitalar Institucionalização e qualidade de Vida.	- Maior e mais abrangente estudo internacional para analisar os benefícios da avaliação multidimensional de idosos na comunidade

CAPITULO II – TRABALHO EMPIRICO

4 - Objectivos

O objectivo geral é caracterizar os perfis das pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos, que permitam categorizá-las como estando “em risco” ou “livre de risco”, em cada um dos construtos avaliados no instrumento de rastreio aplicado ao estudo de uma população específica, utilizadora de Cuidados de saúde Primários e Serviços Comunitários.

Objectivos específicos

- 1- Identificar a percentagem de pessoas em risco, em cada uma das variáveis analisadas;
- 2 - Criar o número de grupos que simplifique a variedade de situações de risco na população analisada;
- 3 - Identificar a existência de diferenças entre os grupos encontrados nas variáveis sócio-económicas e de contexto.

5 - Metodologia

5.1. – Amostra

A amostra do estudo é constituída por 240 utentes que frequentem Serviços Comunitários e Cuidados de Saúde Primários, no período em que decorre o estudo. Será utilizado o método de amostragem por conveniência ou acidental, em que a amostra é constituída por sujeitos facilmente acessíveis que estão presentes num determinado local e momento precisos. O público alvo para aplicação do Protocolo, são os utentes utilizadores do Cuidados de saúde Primários e Serviços Comunitários (Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário) com idade igual ou superior a 75 anos. Os critérios de exclusão dos utentes na participação do estudo englobam utentes que não dêem consentimento ou cuja situação de saúde não permita participar (défice cognitivo, linguagem, fala e língua).

Tabela 1 – Características socio-demográficas dos participantes (n=240)

	Serviço de Apoio Domiciliário N (%)	Cuidados Saúde Primários N (%)	Total N (%)
Sexo (%)			
Feminino	70 (29,2)	76 (31,7)	146 (60,8)
Masculino	50 (20,8)	44 (18,3)	94 (39,2)
Idade (anos)			
Media	80,85	78,97	79,87
Desvio Padrão	0,42	0,29	0,26
Mínimo-Máximo	75-94	75-88	75-94
Estado Civil (%)			
Viúvo	68 (28,1)	49 (20,5)	117 (49,0)
Casado	44 (18,4)	56 (23,4)	100 (41,8)
Solteiro	7 (3,9)	11 (4,6)	18 (7,5)
Separado/Divorciado	1 (0,4)	3 (1,5)	4 (1,7)
Nível Escolaridade			
Nunca frequentou escola	53 (22,1)	21 (8,8)	74 (30,8)
Não completou ensino primário	44 (18,3)	37 (15,4)	81 (33,8)
Ensino primário	19 (7,9)	55 (22,9)	74 (30,8)
Ensino preparatório	3 (1,3)	1 (0,4)	4 (1,7)
Ensino profissional	0	4 (1,7)	4 (1,7)
Ensino universitário	0	2 (0,8)	2 (0,8)
Não respondeu	1 (0,4)	0	1 (0,4)
Com quem vive actualmente			
Sozinho	44(18,6)	44(18,6)	88(37,1)
Cônjuge	37 (15,6)	43 (18,1)	80 (33,8)
Outros familiares	19 (8,0)	19 (8,0)	38 (16,0)
Filhos	18(7,6)	13(5,5)	31(13,1)

A análise descritiva de dados no que respeita às variáveis sócio-demográficas permite-nos verificar que 60,8% dos participantes são do sexo feminino, não existindo diferenças significativas relativamente aos contextos. A média de idade situa-se nos 79,87 anos. Relativamente ao estado civil 49% são viúvos e 41,8% são casados, 37,1% dos idosos vivem sozinhos e 33,8% com o cônjuge. No cômputo geral são mais os

idosos que vivem acompanhados (cônjuge, filhos e outros familiares) do que aqueles que vivem sozinhos. A predominância do nível de escolaridade vai para o ensino primário não completo 33,8%, logo seguido de valores idênticos para aqueles que completaram o ensino primário 30,8% e os que nunca frequentaram o ensino primário 30,8%, evidenciando níveis de escolaridade baixos.

5.2. – Instrumento

O instrumento concebido e utilizado para o rastreio de pessoas idosas com 75 ou mais anos foi denominado RNAR_75, trata-se de um protocolo de *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas com 75 ou mais anos*, que aborda nove dimensões, categorizando-as como estando em “risco” ou “livre de risco”. Este protocolo de rastreio avalia as seguintes dimensões: sócio-familiar, funcionalidade, depressão, cognitiva, abuso de idosos, indicadores de risco geriátrico (distúrbios nutricionais, polifarmácia, quedas, incontinência urinária, obstipação, distúrbios sensoriais e distúrbios do sono), comorbilidade e utilização de serviços de saúde/sociais. Este estudo insere-se num projecto mais vasto, sendo objectivo do RNAR-75, é a criação de um protocolo de rastreio para idosos com idade igual ou superior a 75 anos. O ponto de partida deste projecto é validar uma bateria de escalas que permitam classificar as pessoas idosas como “livre-de-risco” ou “em-risco” em cada uma das dimensões avaliadas no protocolo. A escolha específica de cada escala teve por base a revisão da literatura internacional acerca das escalas e procedimentos mais utilizados nos procedimentos de rastreio em geriatria e gerontologia, e por outra, a melhor adequação cultural e contextual dos instrumentos à realidade portuguesa, passaremos a descrever as que foram seleccionadas para integrar este protocolo:

- 1- **Escala de Avaliação Sócio-Familiar de Gijon** (González et al., 1999) avalia a dimensão sócio-familiar categorizando os idosos como “sem risco”, “risco social” ou “problema social”, utilizando cinco itens: situação familiar, situação económica, habitação, relações sociais e apoio de rede social. Em cada item a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos, correspondendo o 1 à situação ideal e o 5 à situação que configura maior risco. A pontuação global deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens, sendo que de 5 a 9 é considerada uma boa/aceitável situação social, de 10 a 14 pontos existe risco social e mais de 15 pontos induz à existência de um problema social (González et al., 1999). No estudo de González (1999), o índice de consistência interna medido pelo coeficiente de Cronbach foi de 0,45. A versão portuguesa apresenta um coeficiente de Cronbach de 0,41, indo ao encontro do que se verificou na versão espanhola, apresentando uma baixa consistência interna (Mourão, 2008). Na versão portuguesa, o ponto de corte escolhido foi 13,

sendo que neste ponto de corte ficaram identificados na categoria de risco social (19,51%) dos idosos da amostra (Mourão, 2008).

- 2- **Índice de Katz (Katz, 1963) e Escala de Lawton e Brody** (Lawton & Brody, 1996), para avaliação da funcionalidade. O índice de Katz avalia a capacidade para executar seis actividades básicas de vida diária (AVD), que são: tomar banho/lavar-se, vestir-se, usar sanitários, transferir-se, controlar os esfíncteres, e alimentar-se. A avaliação da capacidade para realização das AVD foi efectuada de acordo com o relato feito pelos participantes. No índice de Katz a categorização como “dependente” implica a dependência parcial em duas AVD ou dependência total numa AVD. Foi atribuída a pontuação 0 se a actividade foi classificada como “independente”, pontuação 1 se a pessoa idosa “necessitar de ajuda” e pontuação 2 se a pessoa idosa for “dependente” na função. Foi estabelecido o ponto de corte 2. Se a pessoa idosa obtiver a pontuação final de 0 ou 1, é considerada independente; caso a pontuação final seja ≥ 2 é considerada dependente. Esta forma de pontuação dicotomizada, permitiu o tratamento estatístico dos dados (Mendes, 2008). A escala de Lawton e Brody avalia a capacidade para execução de 8 actividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são: usar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, tomar a medicação, usar os transportes, preparar as refeições, executar as actividades domésticas, tratamento da roupa. Nesta escala, foi definido como “dependente”, quando necessita de ajuda parcial ou total na execução de qualquer uma das tarefas. Na escala de AIVD de Lawton & Brody (1969) a codificação é fornecida pelos autores. O 0 é atribuído para uma classificação “dependente” e o 1 para uma classificação “independente”. No final, uma pessoa idosa com pontuação = 8 é classificada como “independente” e outra com pontuação <8 é classificada como “dependente”. A classificação final, dicotomizada, foi sujeita a análise estatística. Realizou-se ainda a análise da consistência interna das escalas de AVD de Katz (1963) e AIVD de Lawton & Brody (1969), com o objectivo de verificar a fiabilidade das mesmas. O *alpha de Cronbach* na EAVD é de 0,80 e de 0,86 na EAIVD. Ambos são valores elevados, podendo desta forma afirmar-se que as duas escalas são fiáveis. (Mendes, 2008).
- 3- **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage de 15 itens** (Shelk & Yesavage, 1986) avalia os idosos com provável depressão. É constituída por 15 itens relativos a sintomas clínicos de depressão, escolhidos da versão original da GDS. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é o instrumento mais utilizado para o rastreio de depressão em pessoas idosas, sendo a versão original constituída por 30 itens, tendo sido desenvolvidas versões mais breves (15, 10 e 5 itens), que se destinam a rastreios e estudos epidemiológicos sobre a depressão. A versão breve, Classifica os sujeitos em dois grupos: “Em risco de

depressão” e “Sem risco de depressão”. O ponto de corte que apresenta maior equilíbrio situa-se entre 5/6 obtendo uma sensibilidade de 81% e especificidade de 71%. Estudos internacionais demonstram um *alpha de Cronbach* moderado e aceitável consistência interna

- 4- **Questionário Curto de Pfeiffer** (Pfeiffer, 1975) avalia a dimensão cognitiva, trata-se de uma escala constituída por dez questões, sendo um teste rápido que permite identificar a possibilidade de deterioração cognitiva. É constituído por 10 itens de resposta verbal. A contabilização dos erros nas questões leva à categorização das pessoas idosas em três classes: “normal”, “alterações cognitivas ligeiras” e “alterações cognitivas severas”.
- 5- **Abuso de Pessoas Idosas é avaliado através do QBRA** (Correia, 2008), o abuso de pessoas idosas é avaliado através de três questões e três indicadores de abuso que avaliam a agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. O instrumento é dividido em duas partes, uma que contempla o QBRA sendo que a outra parte contempla mais três indicadores de abuso. O QBRA é composto por três questões dicotomizadas na resposta (sim/não), que avaliam a agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. Estas questões são de resposta directa para diminuir assim a subjectividade do entrevistador. Os outros três itens criados permitem averiguar como é a relação com as pessoas próximas do idoso. Para tal foi criada uma questão codificada de 1 a 4, onde o 1 corresponde a agressões e o 4 a uma boa relação. Avaliação do consumo de álcool ou drogas, através de uma questão directa. Avaliação da parte física, com a criação de dois itens de codificação por parte do entrevistador que visão o aspecto físico cuidado ou descuidado e a existência de equimoses. Todo o instrumento classifica as pessoas como “Mal tratada” ou “Sem risco de maus-tratos”. O ponto de corte é a existência de uma resposta positiva em qualquer um dos itens. Todo o instrumento classifica as pessoas como “em risco de abuso” Feita a primeira análise do QBRA, para analisar a consistência interna, verificou-se o coeficiente de determinação de cada item, agressão verbal, abuso financeiro e abuso físico com os restantes, analisou-se o *alpha de cronbach* para determinar assim a consistência interna dos três itens. A consistência interna revelou um *alpha de cronbach* de 0,3, logo um valor muito baixo. Sendo assim não se pode considerar um construto, mas sim itens separados, sendo que tem de se proceder a uma análise do ponto de vista teórico. Partiu-se erradamente da ideia de que o abuso é um construto homogéneo, sendo mensurável de forma única, no entanto após a análise de correlação e da consistência interna conclui-se que os itens não podem ser um todo, mas sim questões separadas, que medem diferentes tipos de abuso (Correia, 2008)

-
- 6- **Indicadores de Risco Geriátrico**, esta dimensão da avaliação, é constituída por 7 sub-dimensões existindo um item para cada uma. Os distúrbios nutricionais são avaliados através do valor do IMC. A polifarmácia através da quantidade de medicação que toma. Foi considerado indicador de risco a ingestão de 5 ou mais medicamentos (Fraiser, 2005). Os distúrbios sensoriais de visão são avaliados através do teste com tabela de Jaeger (Duarte *et al.*, 2003), sendo os de audição, avaliados através do teste do sussurro (Pirozzo, Papinezark, & Glasziou, 2003). As quedas, incontinência obstipação e distúrbios do sono são avaliados através de questões de resposta dicotómica sendo que, a presença desse distúrbio, é indicador de risco. Relativamente à validade do índice de massa corporal auto-relatado em pessoas idosas, um dos objectivos é conhecer a validade do auto relato de peso e altura para o índice de massa corporal em pessoas idosas, como parte integrante de um protocolo de rastreio multidimensional (Pinto, 2008). O coeficiente de correlação encontrado entre IMC auto-relatado e avaliado foi de 0,99; quando consideradas as variáveis género e idade a correlação manteve-se acima de 0,90. Considerando que o coeficiente de correlação foi sempre alto ($>0,90$) e significativo ($p<0,001$) em todas as variáveis, confirma-se a possibilidade do seu uso como variável continua. Apesar de uma razoável sensibilidade e especificidade existe uma tendência de deslocamento dos valores de IMC como causa da subestimação do mesmo, o que leva a incorrecta classificação nas classes de IMC consideradas e condiciona a sua utilização como variável categórica. O IMC obtido através do auto-relato de peso e altura é um instrumento fácil e rápido que permite o encaminhamento para uma avaliação nutricional mais pormenorizada. No entanto o seu uso como método de rastreio nutricional, num protocolo de rastreio multidimensional é limitado, portanto questionável. Sugere-se que nas pessoas idosas seja utilizado o IMC avaliado objectivamente como método de rastreio nutricional (Pinto, 2008)
- 7- **Índice de Comorbilidade de Charlson** (Charlson, Pompei, Ales, & Mckenzie, 1987) avalia a Comorbilidade e é constituído por 19 itens. A avaliação deste índice foi efectuada com base no auto-relato de doenças por parte dos participantes. Os idosos foram categorizados como tendo “ausência de Comorbilidade”, “Comorbilidade ligeira” e “Comorbilidade severa”. Analisa a presença simultânea de doenças. Existem diferentes versões deste instrumento. No entanto, a versão adoptada será a versão original. É constituído por 19 itens (Dicotómicos: presença / não presença). Classifica os indivíduos em três grupos: “Ausência de Comorbilidade”, “Comorbilidade Baixa” e “Comorbilidade Alta”.
- 8- **Utilização de Serviços (Saúde e Sociais)** avalia a utilização de serviços pela pessoa idosa nos últimos 7 dias. Fazem parte deste item tratamentos de saúde

exercidos por serviço profissional, terapias de saúde e utilização de serviços sociais (Centro de dia/convívio, Serviço de Apoio Domiciliário). Inclui serviços recebidos no domicílio recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias bem como a adesão ao esquema programado.

5.3. – Procedimentos

Este estudo insere-se num trabalho mais amplo relativo à elaboração de um protocolo de rastreio para pessoas idosas denominado RNAR_75. A escolha específica de cada escala teve por base a revisão da literatura internacional acerca das escalas e procedimentos mais utilizados em rastreio de idosos, e por outra, a melhor adequação cultural e contextual dos instrumentos à realidade portuguesa.

A aplicação do protocolo foi efectuada em entrevista realizada pelos investigadores, utilizando para o efeito um local apropriado com condições de conforto e privacidade. Foram assegurados os pressupostos de formação e treino dos responsáveis para a condução da entrevista e seguido um guia de procedimento elaborado para o efeito.

Procedeu-se á realização de um estudo piloto, que envolveu 10 participantes os quais não pertenciam às instituições onde decorreu o estudo, pretendendo-se assim, pesquisar a aceitabilidade, receptividade e clareza do protocolo. As entrevistas tiveram uma duração média de 25 minutos, foram realizadas pelos investigadores após o consentimento informado dos entrevistados utilizando formulário que constitui o protocolo RNAR_75.

A realização do estudo teve em consideração os princípios e direitos éticos fundamentais subjacentes à investigação. O consentimento informado escrito, é parte integrante do protocolo, tendo sido transmitido num primeiro contacto com as pessoas o objectivo do estudo, numa linguagem acessível e esclarecidas as suas dúvidas. A participação no estudo foi voluntária, implicava a assinatura do consentimento informado e a garantia da confidencialidade e do anonimato dos participantes no decurso do mesmo.

Para a aplicação do questionário, foi solicitado por escrito, um pedido de autorização às instituições intervenientes. A selecção da amostra foi realizada posteriormente, após resposta afirmativa das mesmas.

Em contexto de Cuidados de saúde primários a recolha de dados foi efectuada nas instalações do Centro de saúde, tendo sido importante para a recolha de dados, a colaboração do funcionário administrativo que no primeiro contacto encaminhava o idoso para o entrevistador. No contexto de Serviços comunitários a recolha de dados foi efectuada nas instalações do Centro de Dia ou no domicílio, caso, fossem utilizadores de Serviços de Apoio Domiciliário.

A maior dificuldade encontrada foi em dirigir a conversa que se estabelecia com o idoso para a resposta concreta que se pretendia, uma vez que tinham uma grande necessidade de conversar passando rapidamente para assuntos paralelos.

6 - RESULTADOS

6.1 - Análise Descritiva dos Factores de Risco

Tabela 2 – Caracterização dos factores de risco

Factores de Risco	Indivíduos com factores de risco N (%)
Vulnerabilidade social	
Escala de Gijon	20%
Vulnerabilidade funcional	
Índice Katz (AVBD)	23%
Lawton (AVDI)	70%
Vulnerabilidade psicológica	
GDS (escala depressão geriátrica)	58%
Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire)	52%
Índice de risco geriátrico	
IMC Baixo	37%
IMC Alto	19%
Polifarmacia	43%
Quedas	40%
Incontinência	51%
Obstipação	52%
Teste Sussurro	53%
Teste Jaeger	58%
Risco de Abuso	
Abuso Psicológico	19%
Abuso Económico	8%
Abuso Físico	3%

Numa análise dos factores de risco obtidos através da aplicação das escalas utilizadas no protocolo de rastreio mencionado (RNAR_75), podemos verificar que os valores relativos à funcionalidade apresentam valores elevados sobretudo no que diz respeito às actividades instrumentais de vida diária (70%) o que pode condicionar as rotinas de vida diária desta população. Nos aspectos psicológicos destacam-se a sintomatologia depressiva em 58% e o risco de diminuição do desempenho cognitivo em 52%. No que diz respeito aos indicadores de risco geriátrico destacam-se a acuidade visual com 58% e a audição com 53%, factores que poderão influenciar na adaptação ao processo de envelhecimento. Este tipo de avaliação poderá conduzir à detecção de vulnerabilidades que podem colocar o idoso em risco, permitindo uma posterior

verificação das tendências encontradas adequando a intervenção e as estratégias às necessidades das pessoas idosas.

6.2 - Caracterização dos Clusters

Tabela 3 – Análise das variáveis de risco, estratificadas por cluster

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		X	g.l	P value
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Nº	74	38,1	64	32,9	56	28,8			
Gijon	5	6,8	12	18,8	23	41,1	23,1	2	,000
Katz	2	2,7	1	1,6	36	64,3	95,7	2	,000
Lawton	41	55,49	47	73,4	47	83,9	12,9	2	,002
GDS	24	32,4	55	85,9	46	82,1	53,6	2	,000
Pfeifer	8	10,8	39	60,9	47	84,0	4,1	2	,000
IMC Baixo	28	37,8	32	50,0	15	26,8	6,8	2	,033
IMC Alto	15	20,3	0	0,0	18	32,1	22,8	2	,000
Polifarmacia	32	43,2	27	42,2	31	55,4	2,6	2	,278
Quedas	12	16,2	38	59,4	32	57,1	33,3	2	,000
Incontinência	14	18,9	37	57,8	48	85,7	58,7	2	,000
Obstipação	26	35,1	42	65,6	32	57,1	13,8	2	,001
Teste Sussurro	33	44,6	33	51,6	41	73,2	11,1	2	,004
Teste Jaeger	27	36,5	45	70,3	45	80,4	29,6	2	,000
Abuso 1	6	8,1	6	9,4	26	46,4	36,0	2	,000
Abuso 2	2	2,7	0	0,0	15	26,8	32,3	2	,000
Abuso 3 ¹	1	1,4	0	0,0	4	7,1	0,2	-	,030

¹Viola os pressupostos do *Chi-Quadrado* e utiliza-se em alternativa o *Coeficiente de Contingência*

A análise de clusters, implicou a tomada de decisão de excluir os casos onde não existiam respostas, ao serem excluídos os *missings* das variáveis, resultaram 194 respostas válidas, a partir das quais se efectuou a análise de clusters. Todas as variáveis são significativas, com excepção da polifarmacia, a única não significativa. A tabela 3 mostra a probabilidade do grau de risco baseada na composição de cada cluster.

O Cluster 1 representa 38,1% (n=74) da amostra e foi caracterizado como aquela em que os indivíduos são considerados “autónomos”. Relativamente às variáveis aferidas pelos instrumentos utilizados destaca-se a capacidade funcional instrumental (AIVD) com 55,49%, são indivíduos polimedicados 43, 2%, com problemas sensoriais de audição 44,6% e visão 36,5%, IMC baixo 37,8%, obstipação 35,1% e depressão 32,4%,

sendo valores que podem influenciar negativamente na sua capacidade de adaptação e independência. Este cluster apresenta as três formas de abuso consideradas, psicológico 8,1%, económico 2,7% e físico 1,4%. É o cluster que apresenta valores mais baixos relativamente à função cognitiva 10,8%, às AVD 2,7% e socioeconómicas 6,8%. Os valores apresentados por cada uma variável acentuam-se progressivamente do 1º cluster para o 3º, indiciando um aumento progressivo da dependência.

O Cluster 2 representa 32,9 % dos indivíduos (n=64) e foi identificado como sendo indivíduos “moderadamente dependentes”. Neste grupo salientam-se negativamente os valores atingidos pela depressão 85,9% e cognição 60,9%, evidenciando risco de diminuição do desempenho cognitivo. A capacidade instrumental e funcional (AIVD) 73,4%, está comprometida. Relativamente aos índices de risco geriátrico salienta-se o valor atingido pelas quedas 59,4%, pela incontinência 57,8%, pela obstipação 65,6%, IMC baixo 50%, polimedicação 42,2% e problemas sensoriais de audição 51,6% e visão 70,3%, factores de risco que poderão influenciar a adaptação ao processo de envelhecimento e diminuir a qualidade de vida destes indivíduos.

O Cluster 3 representa 28,8% dos indivíduos (n=56) e caracteriza-se por indivíduos com “dependência acentuada”. Relativamente às variáveis aferidas pelos instrumentos utilizados na avaliação salientam-se os valores relativos à funcionalidade (AVD) 64,3% e Lawton (AIVD) 83,9%. A depressão atinge os 82,1% e a cognição 83,99%. A vulnerabilidade socioeconómica atinge 41,1%, são indivíduos polimedicados 55,4%, as quedas atingem os 57,1%, a incontinência 85,7%, obstipação 57,1%, os problemas sensoriais de audição 73,2% e visão 80,4%. Apresenta valores relativos às três formas de abuso consideradas, sendo a mais expressiva a psicológica com 46,4%. Todos os valores se acentuam negativamente para a condição de autonomia destes indivíduos.

Tabela 4 – Análise descritiva da amostra, estratificada por cluster

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		X	g.l	P Value
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Género									
Feminino	35	18	44	22,6	39	20,1	9,2	2	,010
Masculino	39	20,1	20	10,3	17	8,7			
Graduação Idade									
Idoso	51	26,2	35	18	20	10,3	14,2	2	,001
Muito idoso	23	11,8	29	14,9	36	18,5			
Coabitação									
Acompanhado	32	16,5	29	15	21	10,8	,8	2	,659
Sozinho	41	21,2	35	18,1	35	18,1			
Escolaridade									
Sem	25	12,9	48	24,8	50	25,9	48,8	2	,000
escolaridade									
Com	49	25,3	15	7,7	6	3,1			
escolaridade									
Serviço									
Referência									
SAD	19	9,7	34	17,5	39	20,1	26,0	2	,000
CSP	55	28,3	30	15,4	17	8,7			

Na tabela 4, estão representadas as características da amostra estratificadas por cluster:

O Cluster 1 representa 38,1% dos indivíduos e apresenta valores significativos comparativamente aos outros dois clusters nas seguintes variáveis: género, apresentando uma predominância do género masculino 20,1%, na graduação por idade é representativa a percentagem “idoso” 26,2% relativamente aos clusters 2 e 3, e ainda, 21,2% dos indivíduos vivem sozinhos, sendo o grupo que apresenta maior percentagem de escolaridade 25,3%, tendo como serviço de referência os Cuidados de Saúde Primários (CSP) 28,3%.

O Cluster 2 representa 32,9 % dos indivíduos, predomina o sexo feminino 22,6% tendência que se mantém no cluster 3. Na idade predomina a categoria “idoso” 18%, diminuindo a sua expressão relativamente ao cluster 1. Relativamente à coabitação predominam as pessoas que vivem sozinhas 18,1%, tendência que se mantém no cluster 3. Os indivíduos sem escolaridade predominam 24,8%, sendo o serviço de referencia o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) 17,5%.

O Cluster 3 representa 28,8% dos indivíduos, apresenta numero mais elevado de mulheres 20,1%, muito idosas 18,55, a viverem sozinhas 18,1%, sem escolaridade 25,9% e cujo serviço de referencia é o SAD 20,1%.

Cluster 1 é aquele que apresenta uma maior percentagem de homens, a viverem sozinhos, apresentado problemas funcionais instrumentais, de audição e visão sendo os Cuidados de Saúde Primários o serviço de referência. Em termos percentuais é o cluster que apresenta a menor tendência de risco global.

No Cluster 2 predominam as mulheres, a viverem sozinhas sem escolaridade sendo o SAD o serviço de referência, acentuam-se os problemas socioeconómicos relativamente ao Cluster 1, bem como os problemas funcionais instrumentais. Os valores relativos à depressão e cognição também se acentuam relativamente ao cluster 1. O valor relativo às quedas é o mais elevado entre os três clusters. Os valores para incontinência e obstipação também se acentuam em relação ao cluster 1, sendo o valor da obstipação o mais elevado de entre os três clusters. Relativamente à audição e visão os valores percentuais acentuam-se relativamente ao cluster 1. Regista-se apenas abuso psicológico.

O Cluster 3 apresenta uma percentagem predominante de mulheres, muito idosas que vivem sozinhas, sem escolaridade e tem como serviço de referência o SAD. Os problemas funcionais são bastante acentuados assim como os problemas de depressão e cognitivos. A incontinência apresenta igualmente valores mais elevados. Os valores relativos à audição e visão são os mais elevados assim como os problemas socioeconómicos distanciando-se dos clusters 1 e 2. Os problemas relativos ao abuso manifestam-se nas suas três formas Psicológico, económico e físico, acentuando-se relativamente ao cluster 1.

CAPITULO III – CONCLUSÃO

A análise por clusters revelou três grupos homogéneos nos dados, procurou-se classificar um conjunto de dados iniciais em grupos ou categorias onde fosse possível identificar variáveis relacionadas entre si, de onde resultaram as seguintes conclusões.

7 – Validade da Natureza dos Clusters

Os idosos avaliados foram classificados em grupos distintos, utilizando a análise estatística de dados sobre a avaliação multidimensional da sua situação. Foi efectuada uma análise de dados transversal, tendo sido encontrados três grupos distintos, uma análise mais aprofundada de cada um destes grupos mostrou que eles se diferenciam em relação a variáveis importantes como: funcionalidade, depressão e cognição, sensoriais relativas à audição e visão, levando-nos a supor, que a cada um dos grupos se associa um perfil de risco/vulnerabilidade nos idosos.

O grupo 1 caracteriza-se por um maior número de homens (20,1%), não muito idosos (26,2%) a viverem sozinhos (21,2%), com escolaridade (25,3%) sendo os Cuidados de Saúde Primários (28,3%) o serviço de referência. Relativamente às variáveis aferidas pelos instrumentos utilizados salientam-se os valores relativos à capacidade funcional instrumental (55,49%) revelando alguma incapacidade a este nível, são indivíduos polimedicados (43,2%) com problemas de audição (44,6%) e visão (36,5%) e com depressão (32,4%). São activos na procura dos Cuidados de Saúde Primários.

As características apontadas estão de acordo com as verificadas em outros estudos realizados, salientando a importância das acções de prevenção junto desta população. Segundo Denberg (2007), muitos doentes não tem acções preventivas devido ao tempo investido na doença aguda e gestão da doença crónica. Uma forma de contornar este facto e a prestação de cuidados preventivos, seria através da consulta de ficheiros para identificação de doentes que necessitem de serviços preventivos. A prestação de cuidados preventivos tem que estar de acordo com o contexto em que os cuidados são prestados e a população de pacientes a quem se destinam, (Hopkins 2004).

Num estudo realizado em 2004 por Damush, é sugerido que a actuação centrada em pacientes com doenças crónicas, ajudando-os a manter a funcionalidade física pode ajudar a reduzir a hospitalização não programada, sendo importante do ponto de vista da gestão e dos Cuidados de Saúde Primários identificar e intervir junto dos pacientes com alto risco de saúde que resultam em hospitalizações não programadas.

Williams (2007) indica como resultados do estudo desenvolvido que 50% das mulheres e 25% dos homens viviam sozinhos, mais de 90% dos participantes referiam um ou mais problemas de saúde, as questões músculo-esqueléticas eram as mais frequentes. A incontinência afectava 1/3 dos pacientes, principalmente as mulheres, sendo

também as mulheres que relatam mais distúrbios psicológicos. A mobilidade, actividades de vida diária, visão, problemas intestinais, uso de medicação para dormir e problemas psicológicos foram muito referenciados na auto avaliação de saúde.

O grupo 2 caracteriza-se por um maior número de mulheres (22,6%), não muito idosas (18%) a viverem sozinhas (18,1%), sem escolaridade (24,8%), sendo o serviço de referencia o Serviço de Apoio Domiciliário (17,5%) que no entanto não se distancia muito dos Cuidados de saúde Primários (15,4%). Relativamente às variáveis aferidas pelos instrumentos utilizados salientam-se os valores da depressão (85,9%) e cognição (60,9%), o comprometimento na capacidade funcional instrumental (73,4%). Os índices de risco geriátrico acentuam-se, apresentam IMC baixo (50%), polifarmácia (42,2%), quedas (59,2%), incontinência (57,8%), obstipação (65,6%), problemas de audição (51,6%) e visão (70,3%).

Damush (2004), refere que algumas das características que têm sido associadas a um maior risco de má condição de saúde em investigações anteriores estão associadas a : idosos de idade mais avançada, baixo status socioeconómico e viver em sozinhos. Cuidados de saúde personalizados devem ser capazes de identificar pacientes que poderiam ser alvo de uma intervenção que foi concebida para reduzir má condição de saúde e a probabilidade de hospitalização não programada, entre idosos frágeis e doentes em ambulatório. As intervenções que visam melhorar a funcionalidade física entre idosos frágeis podem reduzir a probabilidade de sofrer hospitalização não programada. Um menor IMC foi preditivo de internamentos não programados.

O grupo 3 é constituído por mais mulheres do que homens (20,1%), muito idosas (18,1%), sem escolaridade (25,9%) tendo como serviço de referencia o Serviço de Apoio Domiciliário (20,1%). Relativamente às variáveis aferidas pelos instrumentos utilizados na avaliação salienta-se o acentuar da globalidade dos valores que poderão indiciar risco/vulnerabilidade. Os valores relativos à funcionalidade demonstram que são indivíduos com dependência (Katz 64,3% e Lawton 83,9%). A depressão atinge os 82,1% e a cognição 83,99%. Este é o grupo em que mais se evidenciam os valores relativos ao risco/ vulnerabilidade socioeconómica (41,1%) se comparados com o grupo 1 e 2. São indivíduos polimedicados (55,4%), as quedas atingem 57,1%, incontinência 85,7%, obstipação 57,1%, audição 73,2% e visão 80,4%. Este é o único grupo que apresenta valores nas três formas de abuso abordadas, psicológico, económico e físico. Heath (2005), refere a demência como o diagnóstico mais frequente (prevalência de 62%), positivamente correlacionada com ocorrência de exploração financeira e negligência do cuidador.

8 - Dinâmica Subjacente à Composição dos Três Clusters

A análise dos três clusters definidos permite-nos verificar que os problemas cognitivos avaliados através de GDS e Pfeiffer se acentuam progressivamente do cluster 1 para o cluster 3. Esta tendência pode evidenciar um efeito cognitivo na deterioração da capacidade para as AVDI. A diminuição cognitiva está relacionada com a perda de independência funcional (Wang *et al.*, 2002), assim como com o desenvolvimento de depressão (Brayne *et al.*, 2006). As AVD embora se acentuem no cluster 3, apresentando valores de 64,3%, não constituem nos clusters 1 e 2 um factor de diferenciação no conjunto das variáveis, atingindo valores pouco elevados. No entanto vários autores referem que a depressão atinge valores elevados entre os idosos e apresenta um maior risco de incapacidade e mortalidade (Kathleen, 2006), tendo sido associada ainda ao declínio funcional nas AVD num estudo de Sarkisian *et al.*, 2000.

A análise do comportamento das variáveis nos três clusters, indica que a sua diferenciação, se deve a um processo de envelhecimento puro, que conduz ao acentuar dos valores das variáveis sensoriais no cluster 3, atingindo valores de 73,25 na audição e de 80,1% na visão. A média de desempenho óptico do olho humano declina progressivamente com a idade (Guirao *et al.*, 1999). A idade é considerada um factor de declínio funcional, num estudo de Miller (2004), mostrando que as limitações funcionais aumentam cerca de 7% em idosos entre os 65 e 74 anos e 24% em idosos de 85 ou mais anos. Quanto ao género, há estudos que comprovam que o género feminino tem maior probabilidade de desenvolver incapacidade nas AVD (Shinkai *et al.*, 2003) e ou dependência moderada a grave (Rosa *et al.*, 2003)

Relativamente à obstipação que apresenta valores idênticos nos clusters 2 e 3 a mesma poderá estar associada a idade e sexo, alguns estudos referem que a obstipação afecta mais mulheres do que homens e tem maior incidência nas idades mais avançadas, a partir dos 75 anos. Destacam-se de entre algumas das causas da obstipação, as iatrogénicas e as ambientais como: debilidade, imobilidade, desidratação e inactividade (Schaefer, 1999).

Associados ao maior grau de dependência verificado no cluster 3 podem estar o abuso, a depressão, a incontinência e as quedas que conduzem ao aumento do grau de dependência como se pode constatar.

A polifarmácia apresenta-se como uma variável autónoma, uma vez que se comporta de forma idêntica, com valores aproximados respectivamente nos três clusters (43,2%, 42,2% e 55,4%).

A análise de risco socioeconómico através da escala de Gijón não deveria teoricamente, apresentar diferenças tão evidentes entre os três clusters, com o acentuar expressivo do risco no cluster 3, o que nos leva a supor que o risco socioeconómico tem aqui um efeito geracional. Alguns estudos efectuados nesta área evidenciam que os idosos são um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social (Costa, 2002) quer por serem um grupo socialmente marginalizado,

quer por usufruírem de rendimentos que se situam abaixo do limiar de pobreza (INE, 2002).

9 – Implicações dos Resultados

Enquanto profissional de Serviço Social, inserida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, actuando especificamente com a população idosa nos programas e projectos desenvolvidos pelo Centro de saúde e emanados do Ministério da saúde é importante conhecer as características deste grupo populacional, no sentido de adequar as ofertas de promoção e prevenção em saúde de modo a ir de encontro às suas necessidades específicas, contribuindo para minorar e de algum modo retardar os factores incapacitantes. É pelo conhecimento das características da população que podemos planificar as actividades a desenvolver contribuindo para uma boa gestão dos serviços e dos doentes. O grupo 1 é activo na procura dos Cuidados de Saúde Primários, cabendo aos serviços oferecer propostas atractivas na área da promoção e prevenção.

O grupo 2, já não é tão activo na procura dos cuidados de saúde primários, por isso os serviços ao conhecerem um grupo com estas características podem actuar essencialmente ao nível da gestão de recursos/doentes adequando os recursos às necessidades destes doentes poderão por exemplo ser programadas mais equipas de prestação de cuidados no domicílio, já não tanto com uma função de promoção e prevenção, mas mais de reabilitação.

O grupo 3, é aquele que apresenta indivíduos com elevado grau de dependência, terão que ser maioritariamente assistidos no domicílio, já não tem possibilidades de se deslocarem aos Cuidados de saúde primários. Os serviços ao conhecerem as necessidades deste grupo podem fazer uma melhor gestão de recursos humanos e materiais bem como dos doentes com o objectivo de reabilitação, prestação de cuidados de manutenção e apoio ao doente e à família. A intervenção com este grupo exige a planificação de actividades em parceria para responder às necessidades específicas destes doentes que absorvem muitos recursos humanos e materiais, é importante também planificar actividades dirigidas à família (ex. grupos de auto-ajuda e partilha de experiências), dado que são situações que implicam grande desgaste nos familiares e cuidadores.

Em Portugal não têm sido desenvolvidos outros estudos semelhantes que permitam caracterizar de forma relativamente simples e rápida um grupo populacional cada vez com maior importância nos Cuidados de Saúde Primários. Dado que o envelhecimento é um fenómeno estrutural irreversível, que interfere profundamente com a organização económica e social, coloca-nos também novos problemas sociais, é por isso, necessário repensar os novos modelos de desenvolvimento e de protecção social, as redes de solidariedade e as relações entre as pessoas bem como as próprias

prioridades de acção. Consideramos que este estudo é simultaneamente uma potencialidade e um desafio a novas investigações nesta área.

Os limites do estudo prendem-se com a impossibilidade de generalização uma vez que os dados foram recolhidos em contextos delimitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Anderson W.F., Cowan N.R. (1952). A consultative health centre for older people. *Lancet*. 2(1) 239-240.

Annels, M.; Koch, T.(2002) "Faecal impaction: older people's experiences and nursing practice." *British Journal of Community Nursing*, v. 7 (3)118-26.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, Ana R.F., P.(2006) – *Cuidados de Saúde Primários Em Portugal, Reformar Para Os Novos Sucessos*. Padrões Culturais Editora.

Carlson, M., Pompei, P., Ales, K.L., & McKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40, pp.373-383.

Cesqui, B., Macrì G., Dario P. (2008) "Characterization of age-related modifications of upper limb motor control strategies in a new dynamic environment." *Journal Neuroeng Rehabil*, .(5), 31.

Correia, A.C. P.(2008). Rastreio de abuso na pessoa idosa. Dissertação de Mestrado - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

Costa, A. B. (2002). *Exclusões Sociais* (3.ª Edição ed.). Lisboa: *Gradiva Publicações*, Lda.

Cromwell, D. A., Eagar, K., & Poulos, R. (2003). The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology* (56) 131-137.

Damush, T. M., Smith, D. M., Perkins, A. J., Dexter, P. R. & Smith, F.(2004). Risk Factors for Nonelective Hospitalization in Frail and Older Adult, Inner-City Outpatients. *Gerontologist*,(44): 68-75.

Dargent-Molina, P.; Br; Årt, G. "[Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged]." *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, v. 43 issue 1, 1995, p. 72-83.

Denberg, T. D., Ross, S.E., Steiner, J. F. (2007). Patient acceptance of a novel preventive care delivery system. *Preventive Medicine*, (44) 543-546.

Duarte, W.R., Barros, A.J., Dias da Costa, J.S., & Cattán, J.M. (2003). Prevalência de deficiência visual de perto e factores associados: Um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Publica*, 19 (2), pp.551-559.

Fletcher, A. (2002). The MRC Trial of Assessment and Management of Older People in The Community: Objectives, Design and Interventions. *BMC Health Services Research* , Vol. 2, N.º 21, pp. 1472-6963.

Fletcher, AE, Jones, DA, Bulpitt CJ e Tulloch, AJ (2002). The MRC trial of assessment and management of older people in the community: objectives, design and interventions. *Biomed Central* 2:21.

Fortin, M. F.(1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Freer C.G.(1985) Geriatric screening: A reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 35(1): 288-290.

Freer, C. (1985). Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly. *Journal of Royal College of General Practitioners* , 35, 288-290.

Freer, C. (1990). Screening the Elderly. *British Journal* , Vol. 300, pp. 1447-1448.

González G., Marín P.P., Pereira G. (2001) “[Characteristics of falls among free living elders].” *Revista medica de Chile*, 129 (9), 1021-30.

González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A.(1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria* ,23, 434-440.

Greany, J.F.; Di Fabio, R.P. (2008).“Saccade to stepping delays in elders at high risk for falling.” *Aging Clinical & Experimental Research*, 20 (5),428-33.

Guirao, A. Gonzalez, C. Redondo, M. Geraghty, E. Norrby. S. Artal, P (1999). Average Optical Performance of the Human Eye as a Function of Age in a Normal Population. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 40,(1)

Heath, J. M., Brown, M., Kobylarz, F.A., Castaño, S.,(2005). The Prevalence of Undiagnosed Geriatric Heath Conditions Among Adult Protective Service Clients. *Gerontologist*, 45, 820-823.

Hill, M. M., e Hill, A. *Investigação por Questionário*. Edições Silabo, 2ª edição – 2ª reimpressão. Lisboa 2005

Hopkins, S.C., Lenz, E. R., Pontes, N.M., Lin,S.X., Munding, M. O’Neil(2005). Context of care or provider training: the impact on preventive screening practices.

<http://www.screening.nhs.uk/>

INE (Ed.). (2001). *Censos 2001: Resultados provisórios: XIV recenseamento geral da habitação*. Obtido em 2008, de Instituto Nacional de Estatística: www.INE.pt

Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.

Kathleen, E. (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Service* 25, (1-2), 115-148.

Katz, S.,A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W.(1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA*, 914-919.

Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9,179-186

-
- Man, E., Koller, M., Mann, C., Cammen, T., & Steurer, J. (2004). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *BMC Geriatrics*, 4(4), 1-10.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McGee, H. M.; Hanlon, A. O., Barker, M., Hickey, A.; Montgomery, A.; Conroy, R.; Neill, D. O'. (2008). Vulnerable Older People in the Community: Relationship between the Vulnerable Elders Survey and Health Service Use. *Journal American Geriatric Society*, 56 8–15, 2
- Mendes, S. M. O. (2008). Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas. Dissertação de Mestrado - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Miller, R.R. , Zhang, Y., Silliman R. A., Hayes M.K., Leveille, S.G., Murabito, J.M., Kiel, D., O'Connor G.T., Felson, D.T. (2004). Effect of medical conditions on improvement in self-reported and observe dysfunctional performance of elders. *The American Geriatrics Society*, 52 (2)217-223.
- Mourão, L.M.R. (2008). Aplicação da escala de Gijon em rastreio de risco social. Dissertação de Mestrado - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Nazareth, J.M. (1997). A problemática do envelhecimento demográfico. *Seminário Internacional Envelhecimento Humano*. Lisboa
- Nielsen C., Lang R.S(1999). Principles of screening. *Medical Clinics of North America*, 83 (6):1323-1337.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª edição, Lisboa, Climepsi editores.
- Palmer, R. M., (1999). Geriatric Assessment. *Medical Clinics of North America*, 83(6) 1503-1523
- Paúl, C. Fonseca, A.M. (2005). Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Climepsi Editores.
- Pestana, M.H., & Gageir., J.N.(2000).Análise de Dados para Ciências Sociais. SPSS e Complementaridades. Lisboa.Edições Sílabo
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005) *Análise de dados para ciências sociais (4ª Edição ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *Journal of American Geriatric Society*, 23,433-441
- Pinto, J. C. M. (2008). Validade do índice de massa corporal auto-relatado em pessoas idosas. Dissertação de Mestrado - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

- Pirrozo, S., Papinczac, T., & Gasziou, P. (2003). Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children. *British Medical Journal*, 327, 967-970.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995)– Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem. 3ª Ed., Porto Alegre.
- Portugal Direcção Geral de Saúde. Divisão de Doenças, Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas. – Lisboa: DGS, 2006
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. – 2 V. Vol. I- Prioridades – Vol. II Orientações estratégicas
- Rafle, A., & Gray, M. (2007). Screening – Evidence and Practice. Oxford: *Oxford University Press*.
- Rius, C., Pérez, G., Martínez, J.M., Bares, M., Schiaffino, A., Gispert, R., Fernández, E. An adaptation of Charlson comorbidity index predicted subsequent mortality in a health survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57: 403-408
- Rosa, T. C., Benício, M. D., Latorre, M. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 37, pp. 40-48.
- Rush D. Nutrition screening in old people: its place in a coherent practice of preventive health care. *Annu Rev Nutr* 1997;17:101-125.
- Sarkisian, C. A. (2000). Modifiable risk factors predict functional decline among older women: A prospectively validated clinical prediction tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 170-178.
- Schaefer D.C., Cheskin L.J. (1999). Obstipação no Idoso. *American Family Physician*. Edição Portuguesa, 7, 10-22.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções. *Quarteto*, 1ª edição
- Shelk, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-172.
- Shinkai, S. (2003). Predictors for the onset of functional decline among initially nondisabled older people living in a community during a 6-year follow-up. *Geriatrics and Gerontology International*, 3, 31-39.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice – Um novo público a educar*. Coleção Idade do Saber, nº 5, Âmbar.
- Tinetti, M.E.; Mendes, L. C.F.; Doucette, J.T.; Baker, D.I. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology*, 49 (3), 140-7.
- Wald, A. (2008). Management and prevention of fecal impaction. *Current Gastroenterology Reports*, 10 (5), 499-501.

Wang, L., Van B. G., Kukull, W.B., Larson, E.B. (2002). Predictors of Functional Change: A Longitudinal Study of Nondemented People Aged 65 and Older. *American Geriatrics Society*, 50, 1525-1534.

Williams I. D; O'Doherty L. J.; Mitchell G. K.; Williams, K. E. (2007). Identifying unmet needs in older patients – nurse-GP collaboration in general practice, *Australian Family Physician*, 36,(9).

Anexo I

CONSENTIMENTO INFORMADO

...

Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação ao presente instrumento de avaliação (PROTOCOLO DE RASTREIO PARA PESSOAS IDOSAS \geq 75 ANOS), no âmbito do projecto de investigação Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas (\geq 75 anos) [RNAR_75].

Tomei conhecimento do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Em relação aos dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação do instrumento.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posteriores análises.

____ / ____ / ____

Assinatura _____

A	Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos
A1. Sexo	
<input type="checkbox"/>	1. Feminino 2. Masculino
A2. Idade	
	_____ anos
A3. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo 4. Separ/Divorc. 5. União de Facto
A4. Nível de Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca frequentou a escola 2. Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4. Ensino Preparatório 5. Ensino Secundário 6. Ensino Profissional 7. Ensino Universitário
A5. Naturalidade (Concelho)	

A6. Residência (Concelho)	

B	Dados de Identificação Caracterização Sócio/Económica do Idoso
B1. Refira os seus familiares mais directos	
	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> n° _____ Netos <input type="checkbox"/> n° _____ Irmãos <input type="checkbox"/> n° _____ Sobrinhos <input type="checkbox"/> n° _____ Outros (especificar _____) n° _____ Outros (especificar _____) n° _____
B2. Se tem filhos (residência)	
	Na mesma freguesia n° _____ No mesmo concelho n° _____ No mesmo distrito n° _____ Na mesma casa n° _____
B3. Com quem vive actualmente?	
<input type="checkbox"/>	1. Vive só 2. Irmãos 3. Cônjuge 4. Sobrinhos/Parentes próximos 5. Filhos 6. Vizinhos/ amigos 7. Genros/Noras 8. Netos 9. Outros (especificar _____)
Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?	
_____ _____ _____	
(CODIFICAR RESPOSTA)	
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes existem discussões entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre as membros da família

B

Dados de Identificação

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?

Sim ☐ Não ☐ Qual? álcool ☐ drogas ☐

B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?

_____ pessoas

B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?

B6. Origem dos rendimentos (Valor Aproximado) *(Per capita - Rendimento do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação)*
(Ver Respostas B3 e B4)
(Se não tem rendimentos colocar 0 €)

Grau de Parentesco

☐ Própria pessoa

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Cônjuge

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Filhos

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

☐ Outros _____

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

C

Dados de Identificação

Situação Habitacional

C1. Localização

☐

1. Localizada na povoação
2. Isolada

C2. Tipo de habitação

☐

1. Casa unifamiliar
2. Apartamento/andar
3. Parte de casa
4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas
5. Barracas
6. Tendas/roulotes
7. Sem Abrigo
8. Outras _____

C3. Regime de Ocupação

☐

1. Própria
2. Arrendada
3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa
4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa
5. "Ocupada"
6. Outra _____

C4. Ano de construção

☐

1. Antes de 1901
2. 1901 a 1950
3. 1951 a 1980
4. 1980 a 2000
5. Depois de 2001

C5. Número de divisões

☐

1. Até 2 divisões
2. 3 divisões
3. 4 divisões
4. 5 divisões
5. Mais de 5 divisões

C6. Infraestruturas

- ☐ Electricidade
- ☐ Ar condicionado
- ☐ Instalação de gás
- ☐ Frigorífico
- ☐ Água Canalizada
- ☐ Fogão
- ☐ Água quente
- ☐ Televisor
- ☐ Aquecimento
- ☐ Máquinas de lava a roupa
- ☐ Telefone

C7. Condições de Acessibilidade

- ☐ Barreiras Arquitectónicas
- ☐ Outros problemas de acessibilidade Quais? _____

D₁

Avaliação Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody¹

D1a. Capacidade para usar o telefone:

- ☐ 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- ☐ 2. Marca alguns números que conhece bem
- ☐ 3. Atende o telefone mas não marca números
- ☐ 4. Não usa o telefone

D1b. Fazer compras:

- ☐ 1. Faz as compras que necessita sozinho
- ☐ 2. Compra sozinho pequenas coisas
- ☐ 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- ☐ 4. Incapaz de fazer compras

D1c. Preparar refeições:

- ☐ 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- ☐ 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- ☐ 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- ☐ 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

D1d. Cuidar da casa:

- ☐ 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- ☐ 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- ☐ 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- ☐ 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

D1e. Lavar a roupa:

- ☐ 1. Lava toda a sua roupa
- ☐ 2. Lava pequenas peças de roupa
- ☐ 3. É incapaz de lavar a sua roupa

D1f. Modo de transporte:

- ☐ 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- ☐ 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- ☐ 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- ☐ 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- ☐ 5. Incapaz de se deslocar

D1g. Responsabilidade pela própria medicação:

- ☐ 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- ☐ 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- ☐ 3. É incapaz de tomar a medicação

D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- ☐ 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- ☐ 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- ☐ 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D2a. Lavar-se

- ☐ 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- ☐ 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- ☐ 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2b. Vestir-se

- ☐ 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- ☐ 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- ☐ 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2c. Utilizar a sanita

- ☐ 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
- ☐ 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- ☐ 3. Não consegue utilizar a sanita

D2d. Mobilizar-se

- ☐ 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- ☐ 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- ☐ 3. Não se levanta da cama

D2e. Ser continente

- ☐ 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- ☐ 2. Tem incontinência ocasional
- ☐ 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

D2f. Alimentar-se

- ☐ 1. Come sem qualquer ajuda
- ☐ 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- ☐ 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

E**Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com a sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 12. Sente-se inútil? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Sente que para si não há esperança? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

F**Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)**

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

1. Qual é a data de hoje? ____ . ____ . ____ (mês . dia . ano)
2. Que dia da semana é hoje? _____
3. Qual é o nome deste lugar? _____
4. Qual é o seu número de telefone? _____
- 4a. Qual é a sua morada _____
5. Quantos anos tem? _____
6. Quando nasceu? _____
7. Quem é o Presidente da República actualmente? _____
8. Quem foi o Presidente anterior? _____
9. Qual o nome completo da sua mãe? _____
10. Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair menos 3 a cada número novo, até ao mais baixo. _____

G

Indicadores de Risco Geriátrico

A. Distúrbios Nutricionais

Tem comido pior por falta de apetite?

Sim ☐ Não ☐

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quanto? _____ Kg

Avaliação Antropométrica³

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

B. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?

(Incluindo medicamentos venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)

C. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses?

Sim ☐ Não ☐

Tem medo de cair?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por causa desse medo?Sim ☐ Não ☐

D. Incontinência urinária

Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não consegui chegar a tempo ao W.C?Sim ☐ Não ☐

Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?

Sim ☐ Não ☐

E. Obstipação

Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?

Sim ☐ Não ☐

F. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição?

Sim ☐ Não ☐Resultado *Teste de Susurro*⁴Sim ☐ Não ☐

Acha ou sente que tem algum problema de visão?

Sim ☐ Não ☐Resultado *Teste de Jaeger*⁵Sim ☐ Não ☐

F. Distúrbios de Sono

Sente-se sonolento durante o dia?

Sim ☐ Não ☐

Está satisfeito com o seu sono?

Sim ☐ Não ☐

H

Índice de Comorbilidade de Charlson⁶

- ☐ Enfarte do Miocárdio
- ☐ Insuficiência Cardíaca
- ☐ Doença Arterial Periférica
- ☐ Doença Cerebrovascular
- ☐ Demência
- ☐ Doença Respiratória Crónica
- ☐ Doença do Tecido Conjuntivo
- ☐ Úlcera Gastroduodenal
- ☐ Hepatopatia Crónica Leve
- ☐ Diabetes
- ☐ Hemiplegia
- ☐ Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa
- ☐ Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
- ☐ Tumor ou Neoplasia Sólida
- ☐ Leucemia
- ☐ Linfoma
- ☐ Hepatopatia Crónica Moderada/Severa
- ☐ Tumor ou Neoplasia
- ☐ Sida definida
- ☐ _____

I

Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registre todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Sente a sua vida vazia? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

Terapias Respiratórias

- ☐ Oxigénio
- ☐ Nebulizações
- ☐ Ventilação Não-Invasiva (BIPAP/ CPAP)

Cuidados e Tratamentos

- ☐ Úlceras de Pressão
- ☐ Úlceras de Perna

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

continuação

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

- ☐ Feridas Cirúrgicas
- ☐ Escoriações
- ☐ Mudança de sonda vesical
- ☐ Mudança de sonda nasogástrica

Monitorização e Vigilância de Enfermagem

- ☐ Diurese
- ☐ Tensão Arterial
- ☐ Glicemia Capilar

Cuidados de Ostomia

- ☐ Traqueostomia
- ☐ Gastrostomia Percutanea
- ☐ Colostomias
- ☐ Nefrostomias

☐ Tratamentos Intravenosos

☐ Transfusões de Sangue

☐ Tratamentos Programados

- ☐ Diálise
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Programas tratamento álcool/drogas
- ☐ Outros _____

B. Terapias de saúde

- ☐ Fisioterapia
- ☐ Outros _____

C. Serviços Sociais

- ☐ Serviço de Apoio Domiciliário N° de horas por semana = _____h
- ☐ Centro de Dia / Convívio
- ☐ Outros _____

L

Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa

1. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão? Sim ☐ Não ☐
2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? Sim ☐ Não ☐
3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu? Sim ☐ Não ☐

A. Situação familiar

- ☐ 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- ☐ 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- ☐ 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- ☐ 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- ☐ 5. Vive sozinho sem filhos

B. Situação económica⁷

- ☐ 1. Mais de 2 salários mínimos
- ☐ 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- ☐ 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- ☐ 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- ☐ 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

C. Habitação

- ☐ 1. Adequada às necessidades
- ☐ 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- ☐ 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- ☐ 4. Ausência de elevador, telefone
- ☐ 5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

D. Relações sociais

- ☐ 1. Relações sociais
- ☐ 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- ☐ 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- ☐ 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- ☐ 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

E. Apoio de Rede Social

- ☐ 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- ☐ 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- ☐ 3. Não tem apoio
- ☐ 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- ☐ 5. Tem cuidados permanentes

Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim ☐ Não ☐

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim ☐ Não ☐**Contacto Serviços de Saúde**

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

_____(vezes)

Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim ☐ Não ☐

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim ☐ Não ☐**Problemas de sono**

Tem dificuldade em adormecer ou fica muito tempo acordado durante a noite?

Sim ☐ Não ☐Se *Sim*, quanto tempo?

_____(horas)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

_____(dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim ☐ Não ☐

NOTAS

...

¹ *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades instrumentais de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

² *Índice de Katz* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades básicas de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

³ *Avaliação antropométrica*

Peso: apenas com roupa leve (sem sapatos, casacos ou objectos no bolso).

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos.

⁴ *Teste Sussurro*

1. O examinador deve ficar atrás das pessoas para evitar que haja leitura de lábios.
2. Colocar-se a uma distância de um braço da pessoa (0,60 cm).
3. Fazer uma expiração profunda e sussurrar uma combinação de 3 números ou letras (ex. 4- A- 6).
4. Se responder correctamente à totalidade da combinação = Positivo.
5. Se responder incorrectamente sussurrar uma segunda combinação com números e letras diferentes.
6. Se responder a 3 das 6 possíveis letras ou números = Negativo

⁵ *Teste Jaeger* (Teste visão curta distância)

1. Colocar o cartão a 35 cm da pessoa.
2. Instruir a pessoas para ler uma linha de cada vez.
3. Capacidade para ler até P6; J3; 20/40 (inclusive) = Positivo.
4. Incapacidade de ler linhas anteriores a P6;J3;20/40 =Negativo.

⁶ *Índice de Comorbilidade de Charlson*

Índice de Comorbilidade de Charlson aplicado de forma hetero-relatada e codificada pelo entrevistador.

ENFARTE DO MIOCÁRDIO

deve existir evidência na história clínica, de que o paciente foi hospitalizado por causa dele, ou evidências de que existiram alterações nas enzimas e/ou no ECG - 1

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

deve existir história de dispneia de esforços e/ou sinais de insuficiência cardíaca na exploração física que responderam bem ao tratamento com digitalicos diuréticos ou vasodilatadores. Os pacientes que estejam a fazer estes tratamentos, mas não pudemos constatar que houve melhoria clínica dos sintomas e/ou sinais, não se incluirão como tal - 1

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

inclui falha intermitente, intervencionados com by-pass arterial periférico, isquémia arterial aguda e aqueles com aneurisma da aorta (torácica ou abdominal de mais de 6 cm de diâmetro - 1

DOENÇA CREBROVASCULAR

pacientes com AVC com sequelas mínimas ou AIT (Acidente Isquémico Transitário) - 1

DEMÊNCIA

pacientes com evidência na história clínica de deterioração cognitiva crónica - 1

DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

deve existir evidência na história clínica, na exploração física e no exame complementar de qualquer doença respiratória crónica, incluindo DPCO e asma - 1

DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

inclui lúpus, plomiosite, doença mista, polimialgia reumática, artrite células gigantes e artrite reumatóide - 1

ÚLCERA GASTRODUODENAL

inclui aqueles que tenham recebido tratamento por úlcera e aqueles que tiverem sangrado por úlceras - 1

HEPATOPATIA CRÓNICA LEVE

sem evidência de hipertensão portal, inclui pacientes com hepatite crónica - 1

DIABETES

inclui os tratados com insulina ou hipoglicemiantes, mas sem complicações tardias, não se incluirão os tratados unicamente com dieta - 1

HEMIPLEGIA

evidência de hemiplegia ou paraplegia em consequência de um AVC ou outra condição - 2

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA MODERADA/SEVERA

inclui pacientes em diálise, ou com creatininas superiores a 3mg/dl objectivadas de forma repetida e mantida - 2

DIABETES COM LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO

evidência de retinoptia incluem-se também antecedentes de cetoacidosis ou descompensação hiperosmolar - 2

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA

inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas - 2

LEUCEMIA

inclui leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, outras leucemias crónicas e todas as leucemias agudas - 2

LINFOMA

inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

HEPATOPATIA CRONICA MODERADA/SEVERA

com evidencia de hipertensão portal (ascite,varizes esofágicas ou encefalopatia) - 3

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA COM METÁSTASES - 6

SIDA DEFINIDA

não inclui portadores assintomáticos - 6

⁷ Dados de apoio para análises do *Item B da Escala de Gijon* (valores em vigor em 2007)

Salário Mínimo Nacional – 403 Euros

Montantes das Pensões

Regime Geral

Carreira Contributiva	Valor da Pensão
-----------------------	-----------------

Menos de 15 anos	230,16
------------------------	--------

De 15 a 20 anos	256,72
-----------------------	--------

De 21 a 30	283,28
------------------	--------

Igual ou superior a 31	354,10
------------------------------	--------

Regime Especial – Actividades Agrícolas – 212,46 Euros

Pensão social – 177,05 Euros